

Travail du Service de M. le Professeur OMBRÉDANNE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri WAGNER

Né à Lieurey (Eure), le 2 janvier 1876
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OTOPLASTIE

(Une opération d'Otoplastie totale de M. le professeur Ombredanne
et considérations esthétiques qui s'y rattachent)

Président : M. OMBRÉDANNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	{ GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BRAMI . . . Pathologie médicale.
 LGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 UBERTIN . . . Pathologie médicale.
 ASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 AUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 INET . . . Physiologie.
 LANCHETIÈRE Chimie biologique.
 RANCA . . . Histologie.
 RULÉ . . . Pathologie médicale.
 USQUET . . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 ADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 HAMPY . . . Histologie.
 HIRAY . . . Pathologie médicale.
 LERC . . . Pathologie médicale.
 EBRÉ . . . Hygiène.
 de JONG . . . Anatomie pathologique.
 UVOIR . . . Médecine légale.
 CALLE . . . Obstétrique.
 IESSINGER . Pathologie médicale.
 OIX . . . Pathologie médicale.
 ARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 ARVIER . . . Pathologie médicale.
 EITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . Obstétrique.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON . . . Histologie.
 PHILIBERT . . Bactériologie.
 RIBIERRE . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 TANON . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VERNE . . . Histologie.
 VILLARET . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

OUGEROT . Pathologie médicale.
 UÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
 LEREBoulLET. Clinique médicale in-
 fan tile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale
 LœPER . . . Clinique médicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 RATHERY . . Clinique médicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail
FREY.	{	les mutilés de guerre et les infirmes adultes
CHAILLAY BERT		Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD		Éducation physique.
		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR FÉLIX WAGNER

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES
LE DOCTEUR FÉLIX WAGNER
ET STEFAN WAGNER
Docteur en pharmacie

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Professeur de clinique chirurgicale
Infantile et Orthopédique de la Faculté
de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous donner
le sujet de cette thèse et en
accepter la Présidence.*

*Nous le prions d'agréer pour
le grand honneur qu'il nous a
fait l'expression respectueuse de
notre gratitude.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu par ses
bienveillants conseils nous en-
courager dans l'achèvement de
nos études et à qui nous expri-
mons ici notre respectueuse et
profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRAY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris, médecin des Hôpitaux

*En témoignage d'amitié recon-
naissante et dévouée.*

A MES AMIS

LE DOCTEUR J. LEVY VALENSI

Médecin des Hôpitaux de Paris

ET J. TIFFENEAU

Docteur en pharmacie

En toute affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUCHOIS
Chirurgien des Hôpitaux de Rouen (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER
Professeur de clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Rouen (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX
Professeur de Clinique chirurgicale de la
Faculté de Médecine de Paris (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE
Accoucheur des hôpitaux

Externat :

1901-1902. MONSIEUR LE PROFESSEUR QUENU
Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine

1902-1903. MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER
Doyen de la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

1903-1904. MONSIEUR LE DOCTEUR BELIN
Médecin des hôpitaux (*in memoriam*)

A MONSIEUR LE DOCTEUR PONT
Stomatologiste des Hôpitaux de Lyon

*Qui a bien voulu nous commu-
niquer ses observations relatives à
la prothèse esthétique maxillo-fa-
ciale.*

*Nous le prions d'agréer nos res-
pectueux remerciements.*

A tous ceux qui, dans le domaine de l'Edition médicale, ont bien voulu m'associer, depuis de nombreuses années, à leurs travaux et qui, me confiant l'illustration si variée et si abondante de leurs publications, furent ainsi mes Maîtres, soit dans les Hôpitaux soit à la Faculté.

Qu'ils veuillent bien accepter ici mes remerciements pour l'instruction que je leur dois.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OTOPLASTIE

Une opération d'Otoplastie totale de M. le professeur Ombrédanne
et considérations esthétiques qui s'y rattachent

INTRODUCTION

Ayant pour but dans cette thèse d'étudier l'Otoplastie en vue de la réfection totale esthétique du pavillon, nous considérerons la Microtie, successivement :

1° Dans ses rapports avec l'esthétique et la vie sociale (*Considérations esthétiques*).

2° Sa position dans le domaine de la chirurgie et en face de la *prothèse* (*Historique*).

3° Nous donnerons un aperçu de l'*anatomie des formes et des PROPORTIONS* selon le canon classique.

5° Nous passerons en revue rapidement les différents types de microtie qui nous conduiront naturellement à l'examen de la *technique otoplastique* de M. le professeur, OMBRÉDANNE et aux *Conclusions* qu'il y a lieu d'en tirer.

5° Nous présenterons cette technique sous forme de DESSINS AU TRAIT que nous avons exécutés d'après

nature, préférant ce mode d'exposé qui souligne l'essentiel et supprime l'accessoire, à la photographie qui généralement brouille tout. C'est satisfaire à la fois à nos convenances artistiques et aux exigences du tirage qui supporte mieux la photogravure au trait que la similitude.

CONSIDÉRATIONS ESTHÉTIQUES

Qu'ai-je fait, pour me voir ainsi
Mutilé par mon propre maître?
Le bel état où me voici
Devant les autres chiens, oserai-je paraître?
(LA FONTAINE. Liv. X, fable XI)
(*Le chien à qui on a coupé les oreilles*)

Si, par son siège et ses connexions, le Pavillon de l'oreille appartient, pour le Chirurgien, à la région crânienne, pour l'artiste il fait partie de la face, jouant par sa situation symétrique et ses caractères propres, un rôle essentiel dans la physionomie et jusqu'à un certain point dans la mimique. Il crée dans le visage ce que l'on pourrait appeler une « Harmonie de position ».

« Pendant que chez beaucoup d'animaux les muscles de l'oreille externe possèdent une mobilité extraordinaire, ils sont, chez l'homme, rabougris et presque immobiles... Ils ne peuvent contribuer en quoique ce soit à l'activité de notre sens de l'ouïe et il est incontestable que sous ce rapport nous sommes moins bien doués que les chevaux, les ânes et les chiens (*Piderit*). »

Chez la plupart des mammifères, le pavillon remplit dans la mimique expressive un des premiers rôles ; il dévoile par son attitude les sentiments les plus variés : l'attention, l'effroi, la terreur, la colère, la tristesse ou la joie...

Chez les anthropoïdes (à musculature auriculaire ce-
pendant développée) et chez l'homme, les muscles peau-
ciers de la face, seuls, ont conservé cette fonction de la
mimique expressive qui faisait dire à Socrate : « Parle
que je te *voie* ! » Le pavillon est pour peu de chose dans
l'expression des passions et de l'activité intellectuelle. Il
ne peut que rougir et pâlir et sa mobilité est nulle.
Mais c'est précisément à cette immobilité que le visage
doit en partie son caractère. Par là, il contribue à pro-
voquer l'émotion esthétique.

Belle ou laide une oreille exprime ce quelque chose en
quoi nous trouvons une émotion esthétique, belle si elle
est sympathique, laide, si elle est antipathique.

Une figure normale exprime l'équilibre, la force, la
santé, qualités sous lesquelles on est tout disposé à ima-
giner des qualités morales qui inspirent la sympathie.
Une figure anormale ou mal conformée, exprime le
déséquilibre, la faiblesse malade et procure au spec-
tateur le désagrément d'être en présence d'une irrépa-
rable disgrâce ; elle inspire l'antipathie. Sympathique
ou antipathique le visage retient nos regards. Mais l'in-
firmes dira : « Ce qui m'est le plus pénible, c'est que tout
le monde me regarde et cela m'est insupportable : », car il
se rend bien compte que sa difformité ne peut inspirer
que des sentiments antipathiques, ou lui conférer une
ressemblance désobligeante avec quelques-uns de nos
frères inférieurs.

Faisant abstraction des conséquences fonctionnelles
de cette difformité, voyons-en les conséquences au point
de vue esthétique et au point de vue social.

On ne peut pas dire que l'absence de Pavillon constitue une véritable laideur, mais elle est laide parce que les idées que nous attachons à cette absence sont antipathiques, car le laid comme le beau existe pour une part égale dans l'objet et dans l'esprit. Jouffroy disait : « Est laid tout objet dont les qualités visibles et invisibles sont antipathiques. » Les qualités visibles, c'est ici le désordre physique de la figure, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue des proportions coutumières. Les qualités invisibles, c'est ce qu'elle exprime de douloureux ou d'inquiétant. Au temps où l'on pratiquait l'essorillement elles témoignaient de la scélératesse du mutilé : « Chien hargneux a toujours l'oreille déchirée », tandis qu'une malformation congénitale est attribuée, à tort ou à raison, à une faute des géniteurs, à une infériorité maladive, sinon à un maléfice. Dans les deux cas, accidentelle ou non, l'absence de pavillon est la signature d'une débilité, d'une infériorité, d'une faiblesse avec quoi on ne peut sympathiser.

Maladresse de la nature, l'absence congénitale du pavillon contribue à la laideur en produisant sur notre esprit le même effet qu'une fausse note au milieu d'un dessin mélodique harmonieux, tandis qu'un visage régulier, auquel rien ne manque, nous donne une impression de plénitude dans la santé, de force active, de vie harmonieuse, sans contrainte, créant, en un mot, la sympathie.

Or, cette antipathie qui nous vient à la vue d'une monstruosité, éveille bientôt le sentiment de notre propre perfection, ou l'orgueil de notre force qui, selon

notre éducation, ou simplement notre nature, se manifesteront, soit par l'hilarité (comme en présence d'une caricature), soit par des railleries plus ou moins malveillantes, soit par de la pitié.

L'infirme dira : « On se moque de moi, on me plaint, ces rires et cette commisération me sont insupportables ».

Sans insister sur l'attirance que provoque d'abord le spectacle de l'objet beau ou de l'objet laid, c'est donc, à l'analyse seule, que nous séparons de cette attirance soit l'émotion sympathique, soit l'émotion antipathique. « A l'aspect du grand arbre et du chétif buisson, il y a dans l'apparence du grand arbre quelque chose avec quoi nous sympathisons, mais nous répugnons au chétif buisson (1). » Sentiments de faiblesse et de déchéance, qualités invisibles, agglutinées autour des qualités physiques inesthétiques de l'objet, et notre antipathie est définitivement constituée avec toutes les conséquences réactives sociales qu'elle peut conditionner.

Au temps des mutilations judiciaires, alors que la crevaison des yeux (prise comme exemple), privait l'homme d'un organe de première nécessité, l'essorillement, dont on n'avait pas été, nous le pensons du moins, sans remarquer la bénignité au point de vue fonctionnel, devait avoir une importance d'un autre ordre, engendrant, par l'intermédiaire des modifications esthétiques qu'il apportait au visage, des réactions sociales qui prolongeaient indéfiniment le châtiment.

L'abbé Dubois (2), missionnaire aux Indes, au début

1. Jouffroy, *Cours d'Esthétique*.

2. *Mœurs des peuples de l'Inde* (1825).

du xix^e siècle, parlant de l'opinion des souverains de ce pays relative aux châtimens corporels conclut : « La privation même de la vie paraît ne produire aucune impression sur ce peuple apathique. La réflexion que les châtimens doivent être infligés non pas tant pour punir le crime que pour le prévenir était vraisemblablement venue à leur pensée. La mutilation leur paraissait un moyen de répression plus efficace : des mal-fauteurs privés du nez, des oreilles, traînant au milieu du public leur *déplorable* existence étaient un témoignage vivant et plus durable de la sévérité des lois. Leur aspect portait chaque jour dans les esprits un effroi salutaire. »

Et puis, l'essorillement n'apparaît-il pas aussi comme un symbole ? C'est par l'ouïe que l'homme communique sa pensée aux autres hommes ; lui retrancher le pavillon, cet attribut extérieur de l'ouïe, le rendre moralement sourd, c'était le retrancher de la société des hommes. Mesurant l'importance du châtiment à la souffrance provoquée, le justicier cherchait à rendre insupportable au supplicié le commerce de ses semblables.

Ainsi, tout spectacle de mutilation suscite une idée de faiblesse, d'infériorité. C'est l'incorporation au châtiment physique de l'exécration, ou au contraire d'une pitié plus insupportable encore. Nous la retrouvons dans tous les temps et sous toutes les latitudes. En Chine, en Corée, on perçait d'une flèche le pavillon des adultères ; en Angleterre on essorillait les hérétiques. En France, on « frottait » et coupait les oreilles aux manans, et enfin, à notre époque même, lorsque la guerre

donne libre cours aux sentiments de barbarie de certaines races, l'ablation du pavillon de l'oreille signifie encore, comme le scalp, le triomphe de la force, l'essorillé traînant avec lui, en tous lieux, le témoignage ineffaçable de sa défaite ou de sa flétrissure. Pour être un glorieux mutilé de la guerre ou de l'usine, ou pour toute autre cause, on n'en éprouve pas moins le sentiment de cette défaite et de cette incomplétude. Elle suffit à esquisser la caricature d'un visage qu'enveloppe bientôt l'atmosphère obsédante du ridicule.

On le voit dans de nombreuses locutions usuelles : « laisser ses oreilles dans une entreprise ». « Porter bas l'oreille », « gager ses oreilles » « fendre l'oreille » et beaucoup d'autres qui expriment familièrement le prix plus esthétique et moral que fonctionnel du précieux pavillon. C'est par l'oreille de Gargamelle que Gargantua fait son entrée dans le monde et, sans l'intervention du voisin complaisant, la Dame Alix risquerait fort, nous dit Boccace, d'accoucher d'un « Monaut (1). »

Quoique généralement moins étendue que celle de l'essorillé, la mutilation du « Monaut » congénital n'est donc (puisque l'on ira si loin pour l'éviter) ni moins ridicule, ni moins pitoyable, ni moins honteuse, et ainsi, tout ce que nous avons dit à ce sujet des autres mutilations peut être transposé dans ce chapitre.

Que l'on en accuse le maléfique mauvais œil ou, plus raisonnablement, une débilité congénitale d'ordre général et diversement expliquée, cette infériorité physique,

1. La Fontaine, *Contes* II, I.

comme toutes les monstruosités de même nature, objet de curiosité ou de commisération, est, le plus souvent, la source de risées et de sarcasmes. C'est là en effet le plus insupportable et le plus constant des effets d'une cause qui nous échappe encore, car dans ses généralisations hâtives la foule en rend responsable l'infirme lui-même. A l'école, au régiment, à la ferme, à l'usine, l'infortuné « *Monaut* » est l'objet de plaisanteries qui, sans être volontairement malveillantes, n'aboutissent pas moins à le rendre taciturne, hargneux, batailleur. C'est ainsi que selon ses prédispositions ou son éducation, on le retrouvera plus tard dans l'une des catégories où les statisticiens ont rencontré le plus de malformations congénitales du pavillon de l'oreille. Sur 100 aliénés idiots et criminels, 50 seraient atteints de malformations de ce genre, soit unilatérales (à gauche surtout), soit bilatérales, parfois héréditaires (1). Mais le plus troublant n'est-il pas d'apprendre que certains anthropologistes estiment que la proportion des anomalies chez les criminels et les individus à intelligence normale est la même (2).

Ainsi, associée parfois à une certaine débilité intellectuelle, l'anomalie du pavillon diminue vis-à-vis des individus esthétiquement normaux, le prestige moral de ceux qui en sont atteints. Mais ces considérations morales mises à part, les anomalies du pavillon nous choquent parce qu'elles heurtent d'abord notre besoin

1. Vali de Budapest, Gradeigo-Urbantschitsch, Hartmann (cité par Castex).

2. Morel, Lombroso, Frigero, Lannois.

et nos habitudes d'équilibre, d'harmonie, et de beauté de la figure humaine.

Balzac, lui, attache une importance un peu spéciale aux accidents qui atteignent le pavillon : « Un homme marié, dit-il, doit avoir fait une étude profonde de sa femme ; le plus léger mouvement des lèvres, la plus imperceptible contraction des narines — les *dégradations insensibles de l'oreille*... tout est langage pour lui — Buffon avant Schaffhausen de Breslau déclarait que l'homme non civilisé se reconnaît à la position *trop élevée* de l'oreille. Et comme il est bien difficile de cacher indéfiniment une infirmité si accessible à la vue, comme, malgré sa couronne, Midas n'a pu empêcher la maladroite confiance de son barbier de venir jusqu'à nous, et que, malgré sa tiare usurpée le Mage Gaumata n'a pu cacher sa dégradation à la curiosité perfide de Phédime, c'est plus qu'il n'en faut pour chercher, d'accord avec le patient, à remédier à cette disgrâce et, « de peur d'esclandre », pour demander aux ressources conjuguées de l'Art et de la Science, d'effacer les traces, soit d'une malheureuse conjoncture, soit de l'injuste maladresse de la nature et, dans tous les cas, « *ce caractère principal du laid qui a pour effet d'exciter en nous un sentiment désagréable et une affection antipathique* » (Jouffroy).

Dans ce but, nous nous adresserons : soit à la *prothèse esthétique*, soit à l'*autoplastie esthétique*.

PROTHÈSE ESTHÉTIQUE

En vue de confectionner un pavillon, le prothésiste a recours à diverses substances telles que le caoutchouc souple — la vulcanite, le celluloïd ou des pâtes spéciales — et auxquelles on peut donner une couleur appropriée à celle des tissus environnants. La forme est donnée soit par modelage, et ensuite par coulage de la substance choisie dans le moule du modèle exécuté, soit en coulant cette substance dans un moule pris sur une oreille normale de même nom que l'oreille à l'absence de laquelle il s'agit de suppléer.

Caoutchouc. — JEAN MONOD (en 1914) a appliqué à un cas d'arrachement total du cuir chevelu par courroie de transmission ayant emperté également le pavillon du côté droit, un appareil de caoutchouc, caoutchouc *mou* pour la partie esthétique, caoutchouc dur pour la partie à laquelle est fixé l'organe de maintien métallique et qui correspond à la description que nous donnons plus loin (appareils en vulcanite d'après le Docteur Pont de Lyon). L'aspect naturel du pavillon (moulé sur l'oreille droite de la sœur de la blessée) était obtenu par plusieurs couches de peinture à l'huile posées sur un fond de dissolution de caoutchouc rose dans le chloro-

forme appliqué préalablement. Le résultat immédiat, seul connu, fut excellent.

Vulcanite. — Lorsque le pavillon est entièrement détruit et si l'on emploie l'appareil plus résistant en vulcanite, on le maintient en place de la façon suivante :

« Des fils d'or entourés de caoutchouc mou formant ressort et au nombre de deux ou trois partent de l'appareil auquel ils sont fixés et vont en divergeant l'un de l'autre. Au moment de la pose de l'appareil on les maintient rapprochés et on les introduit dans le conduit auditif externe. Une fois en place, ils immobilisent solidement l'appareil par la pression qu'ils exercent contre les parois du conduit (1). »

Le deuxième moyen de contention consiste en une tige d'acier semblable à une tige de lunettes qui part de la face postérieure de l'oreille artificielle, se dissimule dans les cheveux et vient prendre point d'appui, en se recourbant, sur le sommet du crâne. Il est applicable dans le cas où n'existent ni conduit externe, ni moignon utilisable pour le maintien.

Dans le cas où il existe un moignon cutané plus ou moins difforme, on peut le perforer et, à travers la perforation, maintenir l'appareil avec une vis à tête large.

Martin, propose ingénieusement de construire une oreille en deux parties s'emboîtant comme une boîte et son couvercle et emprisonnant le moignon, qui, enserré, maintiendra l'appareil.

Pâte plastique. — La formule de la pâte employée

1. Pont. *La Restauration maxillo-faciale*, nov. 1918,

par le Dr Pont (2) et établie par le Dr Duplant de Lyon, est ainsi composée :

Gélatine pure et blanche.....	10 parties
Colle Coignet	5 —
Glycérine.....	62 —
Eau distillée.....	25

On prend un moulage de la région auriculaire et sur ce moulage on construit une oreille en cire que l'on moule à son tour ; dans ce second moule on coule la pâte plastique préalablement fondue au bain-marie. Une demi heure plus tard on enlève l'oreille de son moule, on supprime les bavures et on fixe en place avec la colle suivante : (Pont. Obs. II).

Mastic en larmes.....	15 gr.
Baume du Canada.....	2 gr. 50
Ether sulfurique.....	15 gr.

On remet au mutilé le moule du pavillon artificiel grâce auquel il pourra renouveler l'appareil fatigué. Cette petite opération peut donc se faire très rapidement ; en outre, l'appareil, s'il est ménagé, peut durer une semaine environ. La coloration est obtenue avec de l'ocre jaune et du vermillon.

« On a soin de placer cette oreille sur une base destinée à recouvrir le tissu cicatriciel et à augmenter en même temps la surface en contact avec la peau ; la ligne de démarcation étant éloignée de l'oreille attire moins les regards » (Pont).

A cet appareil de « prothèse esthétique » on peut joindre un appareil de « prothèse dite de travail » en vul-

canite, plus résistant que la pâte puisqu'il peut durer plus d'un an.

Le croquis ci-joint, d'après une photographie (fig. 1), nous permet de juger que le résultat est assez satisfaisant. Peut-être celui-ci exige-t-il de la part du patient une certaine habileté tant dans la confection que dans l'application et que tout le monde n'est pas en mesure d'acquérir, même avec une expérience prolongée.

En effet, il est très rare que l'on puisse réussir une oreille artificielle qui donne entière satisfaction, au point de vue esthétique, car s'il est facile d'imiter très exactement la forme il est impossible d'obtenir une coloration qui s'harmonise avec celle de la peau avoisinante, sujette à variations.

Au résumé, actuellement, on emploie, presque exclusivement, la vulcanite et la pâte plastique. La première est moins artistique et plus difficile à maintenir en place, et il faut d'autre part, tenir compte de la gêne apportée par les tiges de maintien dans le conduit auditif externe, des bourdonnements et des ulcérations qu'elles peuvent occasionner.

La seconde, plus esthétique, mais plus fragile est en revanche plus facile à faire tenir ; elle serait préférable° sous cette réserve que l'agglutinatif irrite parfois les tissus surtout s'il s'agit de tissus cicatriciels ce qui est le cas le plus fréquent.

Mais que l'on emploie le caoutchouc, la vulcanite ou la pâte plastique, le point le plus délicat est la fixation qui, mal faite rend le patient ridicule.

Cependant, dans les cas d'absence totale du pavillon,

et surtout s'il existe une perte de substance étendue aux tissus environnants, le Dr Pont préfère la prothèse et, d'accord en cela avec beaucoup d'auteurs, repousse l'autoplastie.

« Dans les cas de perte totale, dit-il, il vaut mieux



Fig. 1

renoncer jusqu'à plus ample informé à toute opération plastique et il ajoute : si l'on considère les *difficultés* opératoires, les *mutilations* auxquelles on s'expose nous pensons qu'il est préférable, alors de recourir à la prothèse plutôt qu'à un *essai* chirurgical (1). »

1. Les observations de M. le Docteur Pont, ne portent que sur des mutilations de guerre — avec persistance d'un conduit externe — et sont en pareil cas parfaitement judicieuses à notre avis.

OTOPLASTIE

HISTORIQUE

La réfection *totale*, et l'on peut dire : la création de toutes pièces d'un pavillon de l'oreille par les procédés autoplastiques n'a été tentée que de nos jours.

Au contraire, les procédés de restauration pour lésions *partielles*, traumatiques ou congénitales, sont très variées. L'antiquité n'a rien laissé de précis à ce sujet. On sait seulement que la méthode indienne d'autoplastie a pour origine les *recollements* d'oreille ou du nez coupés en vue d'un châtiment et, par extension, l'emprunt de lambeaux dans le voisinage.

Au Moyen Age, BRANCA DE CATANE (1548) TAGLIOCOZZI DE BOLOGNE (1597), AMBROISE PARÉ (1571-1590) auraient « raccourci » des oreilles, mais ils ne décrivent aucun procédé d'otoplastie proprement dite.

Sous le règne de Charles I^{er} où il était fréquent de couper les oreilles pour combattre l'opposition, des chirurgiens seraient parvenus à réappliquer celles-ci avec succès (Strafford, 1593-1641 : *Mémoires*).

L'histoire nous apprend en effet que l'usage de couper les oreilles ou le nez à titre de châtiment, a eu pour

conséquence imprévue de stimuler l'ingéniosité des victimes de ces pratiques barbares. Les « essorillés » ramassaient leurs oreilles, les fixaient en leur place au moyen de bandages créant ainsi la plus précise, la plus parfaite des otoplasties et rendant par cela même le châtiment illusoire puisque, dit-on, plusieurs d'entre eux purent s'offrir le luxe de plusieurs essorillements... et bafouer l'autorité (1).

Cette opération que l'on ne peut, en vérité, qualifier de chirurgicale et qui ne relevait que de l'esprit de propos du supplicé, ne mérite ici qu'une simple mention. C'est cependant le lieu de rappeler le cas de recollement (Magnin 1918) cité par M. le professeur Ombredanne pour ablation totale du pavillon par coup de sabre (recollement avec des agglutinatifs et guérison). En Amérique, d'après le Dr Pont, on serait allé jusqu'à « greffer sur le patient un pavillon pris sur un autre sujet ».

En face de ces raccoutrements se place l'acte chirurgical vrai, l'*Otoplastie* esthétique, à proprement parler, qui est la création de *toutes pièces* d'un pavillon ou d'une partie de pavillon, les éléments de cette réfection étant pris sur le sujet lui-même et dans une région plus ou moins éloignée de la région auriculaire.

1. Parmi celles-ci, Prynne aurait peut-être réussi un deuxième recollement si l'exécution capitale n'avait suivi le deux'ème essorillement:

Otoplastie partielle

On peut dire qu'il existe autant de procédés opératoires que de variétés de lésions, qu'il s'agisse de corriger des malformations congénitales ou des déformations acquises; c'est tantôt le lobule, et tantôt une partie plus ou moins étendue de l'hélix ou du pavillon proprement dit qui feront l'objet des interventions chirurgicales.

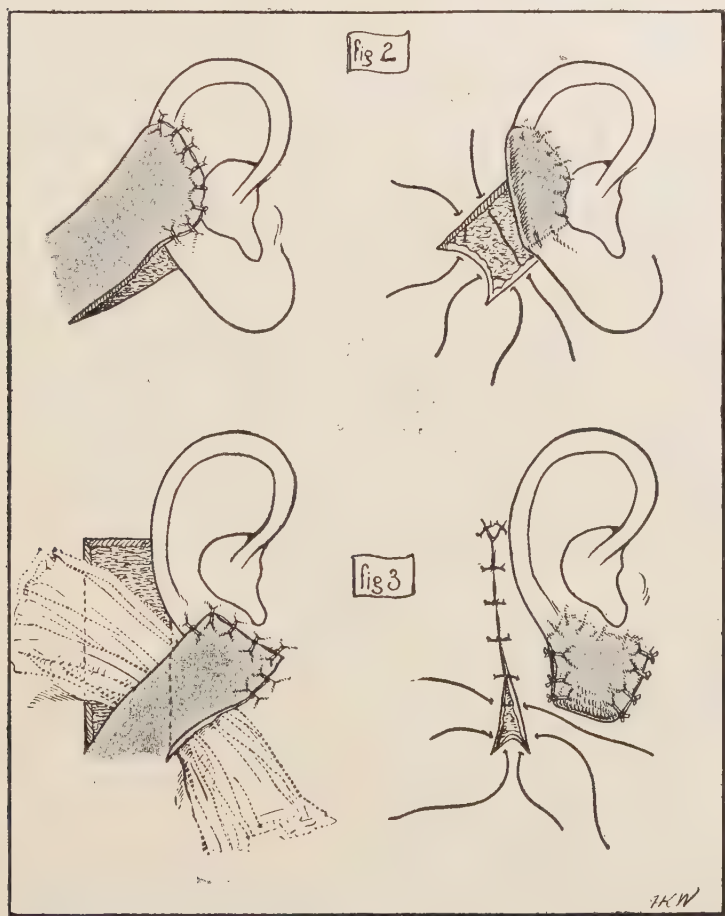
Dieffenbach (fig. 2) Velpeau, Denonvilliers, Malgaigne, Sédillot, Jobert de Lamballe, décrivent des procédés variés de réparation pour plaies anciennes ou récentes. Dans l'édition de Pathologie médicale de Nélaton revue par Péan on trouve un procédé d'otoplastie pour réfection du lobule et que M. le professeur Ombrédanne a modifié (fig. 3).

Dans sa Technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique, M. le professeur Moure figure plusieurs procédés de réfection du lobule ou de l'hélix. Pont de Lyon (1918) publie une observation où il insiste fort judicieusement sur les dispositions préopératoires à prendre, en vue du tracé méthodique d'un lambeau approprié à la perte de substance. « Les dimensions de ce lambeau sont étudiées sur un moulage en plâtre après reconstitution à la cire de la partie manquante. »

Mais, tandis que l'*otoplastie partielle* attire l'attention de quelques chirurgiens, l'otoplastie en général, et l'*otoplastie totale* en particulier est rejetée par un grand nombre.

La minceur du pavillon, ses sinuosités, ses replis, sa

rigidité unie à sa souplesse, facteurs importants qui rendent difficile sinon impossible la création d'une effi-



gie satisfaisante ont fait reculer la presque totalité des chirurgiens et la prothèse l'a emporté.

VIDAL DE CASSIS (1803-1856) doute fort que l'otoplastie puisse passer dans le domaine chirurgical cou-

rant, cependant « si l'on veut la faire à tout prix » il propose de prendre un lambeau soit dans la région mastoïdienne soit à l'avant-bras.

BOURGERY exprime l'opinion qui avait cours à cette époque (1840).

« L'otoplastique, qui, à part le danger commun à toutes les opérations sur la peau du crâne, ne remédie à une difformité qu'en en produisant deux autres, ne nous paraît ni par son but, ni par ses résultats, devoir être admise au nombre des opérations dont la pratique se justifie suffisamment d'autant que, à notre sens, une *portion d'oreille artificielle* peut remplir le même objet » (Anatomie de l'Homme; 1840). Bourgery ne dit rien des procédés employés ni de ce que pouvait être ce *prélèvement de la peau du crâne*, En outre il ne s'agit que d'otoplastie partielle puisqu'il ne parle que d'« une portion d'oreille ».

PH. G. ROUX déclare en 1854 : (1)¹ « On n'a jamais pensé, je crois, à refaire le pavillon de l'oreille détruit ou enlevé complètement. En effet, où prendrait-on toute la peau nécessaire pour former cette sorte de coque et comment pourrait-on transformer un lambeau pris sur une région voisine en un pli libre sur ses deux faces et adhérent par une partie seulement de sa circonférence? Comment donnerait-on à ce repli la fermeté et l'espèce de résistance que le pavillon doit au fibro-cartilage qui entre dans sa composition » ; puis, il se demande comment on pourrait reconstituer l'hélix, l'anthélix, le

1. PH. J. ROUX, *Chirurgie réparatrice*.

tragus, etc... et conclut : « On ne pourrait avoir qu'un simulacre de pavillon..., Mieux vaut mille fois corriger les difformités par l'application d'une coque artificielle colorée de façon à imiter la teinte naturelle de la peau et formée d'une substance qui soit de nature à augmenter l'intensité des sons en les réfléchissant ».

Kramer, Tröltsch, Toynbee négligent l'otoplastie. Chassagnac (1862) la repousse « à cause des chances opératoires qui ne sont pas sans gravité » (érysipèle).

Armand Desprès (Dictionnaire de Jaccoud 1878), parlant des malformations du pavillon chez une sourde muette ajoute : « Ces malformations étant au-dessus des ressources de l'art intéressent médiocrement le chirurgien », et, ni l'antiseptie, ni les audaces légitimes de la chirurgie actuelle ne mettent l'otoplastie totale à l'abri de cet ostracisme. La plupart s'y opposent ou y renoncent.

En 1922, M. le professeur Moure déclare la réfection d'un pavillon « fort délicate ; tout au plus dit-il peut-on réaliser un simulacre de l'organe... La réfection totale est difficile à réaliser ; les moyens chirurgicaux sont restreints eu égard au déficit qui est très considérable. »

Et cependant, malgré le nombre et l'autorité des chirurgiens qui admettent que la reconstitution du pavillon est au-dessus des ressources de l'art, plusieurs techniques ont été proposées en vue de créer, de toutes pièces, un organe vivant pouvant suppléer au point de vue esthétique à l'absence congénitale ou accidentelle du pavillon de l'oreille.

Otoplastie totale

PROCÉDÉ DE RANDALL. — En 1892, Randall décrit dans les archives d'Otologie de New-York un procédé appliqué à un adulte à qui un camarade avait, alors qu'il était écolier, arraché par morsure le pavillon de l'oreille gauche.

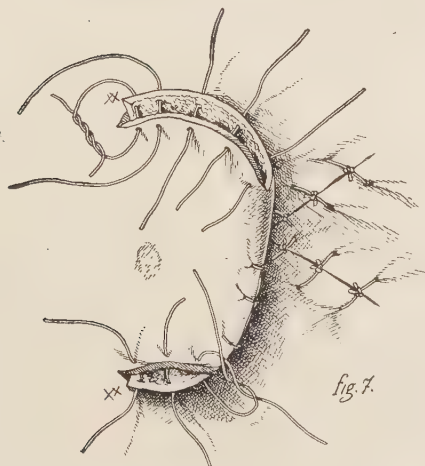
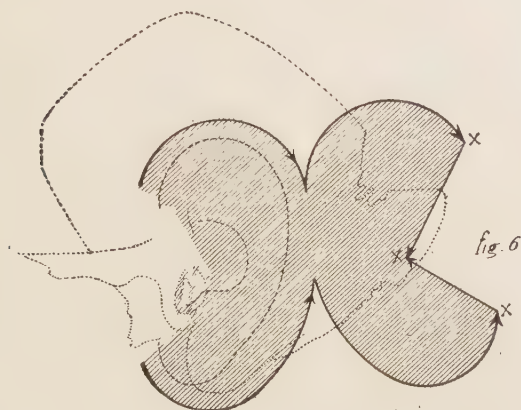
« Je détachai d'abord, dit l'auteur, sur la plus grande profondeur possible les tissus cutanés et le cartilage



Fig. 4 et 5

recouvrant la moitié postérieure de la paroi du conduit auditif de façon à les mobiliser puis, par une incision ovale (fig. 4 *a a*) intéressant la peau et le tissu sous-cutané, je limitai sur les téguments de la région mastoïdienne un lambeau destiné à former le pavillon nouveau (*a*) qui ne reste adhérent que par son pédicule. Il est suturé à la partie décollée du conduit. Le pavillon en miniature est éloigné de la région mastoïdienne et la surface de prélèvement est comblée par un lam-

beau en croissant pris un peu plus bas (fig. 4 *bb*). La deuxième intervention consiste à prélever sur l'oreille d'un *lapin* un morceau de 40 millimètres de diamètre,



dépouillé des téguments extérieurs mais conservant les téguments glabres intérieurs et le fibro cartilage. Ce lambeau (*c*) est suturé au bord supéro-postérieur du

pavillon en miniature et replié sur lui-même pour compléter ainsi le première silhouette (fig. 5). Cette greffe hétéroplastique ne réussit pas ; et « l'oreille revint aux dimensions réduites de la première intervention » avec tendance à se placer transversalement, ce que l'auteur attribue à la mauvaise application du pansement. Les résultats définitifs ne sont pas rapportés. Mais « l'essai » ne paraît pas avoir réussi.

PROCÉDÉ DE SZYMANOWSKI. — Il consiste à tailler (fig. 6) dans la région rétro-auriculaire un lambeau ayant la forme de deux C accolés par leurs bords convexes, à réunir par deux incisions les trois points xxx selon un angle obtus regardant en arrière, à détacher ce lambeau des parties sous-jacentes et à le replier dans le sens vertical au niveau de l'accollement de façon à doubler le C en portion normale avec le C retourné, à suturer entre eux le long de leurs bords communs les deux parties du lambeau, à rapprocher autant que possible les bords de la surface d'emprunt et à les maintenir avec quelques points de suture. On obtient un schéma d'oreille (fig. 7). Le Dr Guisez l'a appliqué : « Nous « l'avons essayé, dit-il, chez un de nos blessés et nous « avons obtenu, pendant quelque temps, une sorte de « conque aplatie ; mais ultérieurement est survenue la « rétraction cicatricielle qui a détruit petit à petit ce « que nous avions eu tant de peine à effectuer ». On se rend compte en effet que ce lambeau cutané, sans soutien, a eu pour conséquence, comme le disait Verneuil au sujet d'un cas de rhinoplastie que « le malade précédemment vilain était devenu ridicule. »

« Mieux vaut alors s'adresser à un appareil prothétique en pâte plastique qui est maintenu en place à l'aide d'une colle spéciale... Les mutilations très étendues ou complètes du pavillon sont au-dessus des ressources de l'art. » (Guisez; séquelles de guerre).

BUISSON, cité par Pont, aurait tenté une opération analogue *sur le cadavre*.

PROCÉDÉ DE VAN DIJK. — T. A. VAN DIJK (1) chirurgien hollandais, relate, dans le numéro du 21 février 1925 de la *Nederlandsch. Tijdschrift voor geneeskunde*, une réfection totale « SATISFAISANTE » d'un pavillon.

Il s'agit d'un blessé par brûlure étendue de la moitié droite de la tête. Sa mastoïde séquestrée s'élimine en totalité et du pavillon il ne persiste qu'un fragment minime de lobule.

La cicatrisation se fait lentement mais elle est hâtée par la reconstitution de la région située en avant de l'oreille, à l'aide d'un lambeau prélevé sur le sommet de la tête.

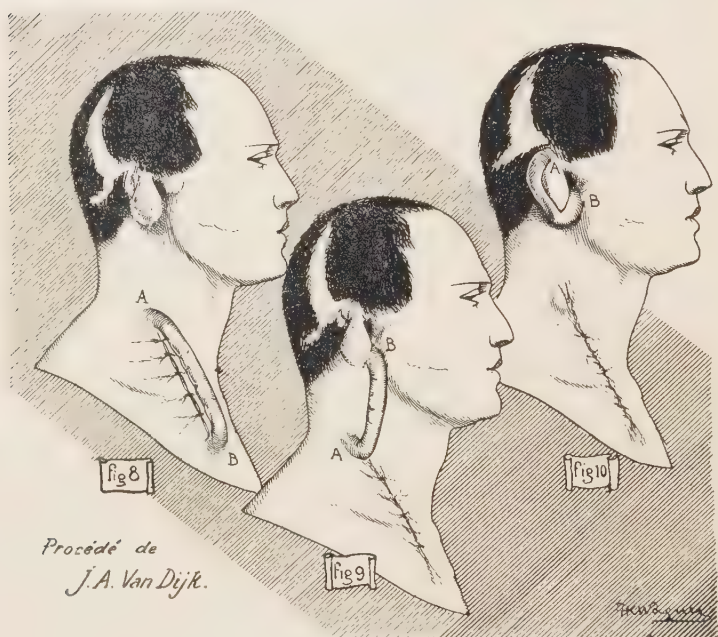
Dès ce moment Van Dijk entreprend la réfection du pavillon (fig. 8, 9, 10).

Premier temps. — Il prépare un lambeau à deux pédicules d'implantation. Il le suture de façon à obtenir une sorte de boudin cutané; l'un des pédicules A est situé à 10 ou 15 centimètres au-dessous du méat auditif, l'autre B en avant de la troisième côte le long du bord droit du sternum (fig. 8).

Deuxième temps. — Le pédicule inférieur B du lambeau est sectionné et greffé en avant du méat auditif

(1^{er} bond) (fig. 9) après torsion autour du pédicule supérieur A.

Troisième temps. — Le pédicule A est sectionné à son tour et le boudin cutané libéré sert à reconstituer l'hélix. Après différentes retouches on obtient un résultat satisfaisant entièrement le blessé (fig. 10).



Au résumé : « La presque totalité des chirurgiens admet que la reconstitution du pavillon de l'oreille est au-dessus des ressources de l'art. (Pr. Ombredanne) » et cependant, malgré les objurgations les plus autorisées, on a tenté de faire quelque chose. Ce ne peut être ni en vue d'exercer une virtuosité chirurgicale, ni pour satis-

faire une curiosité scientifique ni pour faire un essai mais seulement pour donner une satisfaction morale à un malheureux obsédé par l'excessive attention de ses semblables.

D'un autre côté, nous croyons que c'est à la rareté des interventions (qui ne fournissent que peu d'éléments d'appréciation), que nous devons la pauvreté des techniques et le discrédit unanime dont elles sont frappées.

Ajoutons qu'il n'est question dans ces observations que de réfections pour lésions accidentelles et non pour microtie congénitale.

L'opération d'otoplastie totale de M. le professeur Ombredanne, concernant plus spécialement l'absence totale congénitale, nous jetterons, avant de la décrire, un rapide coup d'œil sur l'anatomie des formes, les proportions et les anomalies déficitaires du pavillon de l'oreille.

ANATOMIE DES FORMES

PROPORTIONS DU PAVILLON DE L'OREILLE

ANOMALIES

ANATOMIE. — La figure 11 qui représente la face externe du pavillon suffit à en rappeler les parties essentielles [tragus (1), hélix (2), lobule (3), anthélix (4), fossette naviculaire (5), antitragus (6)], pour qu'il ne soit pas nécessaire de reprendre la description détaillée qui se trouve dans tous les traités d'anatomie.

La figure 12 donne, d'autre part un aperçu de la circulation artérielle de la région temporale où sera prélevé le lambeau autoplastique dans l'opération de M. le professeur Ombredanne.

PROPORTIONS. — Les peintres et les sculpteurs qui ont pour tâche de reproduire les expressions du visage humain n'ont pas négligé l'étude des proportions du pavillon, et la chirurgie esthétique ne peut les ignorer. Elle y trouve des éléments d'imitation essentiels et, comme l'art elle les assemble et les combine.

Pour Gerdy, le pavillon s'étend depuis le niveau de la base du nez environ, jusqu'à une ligne horizontale qui passerait immédiatement au-dessus du sourcil. Il dit : « L'oreille a au moins la longueur (2) d'une partie

1. Le mot *longueur* est pris ici dans le sens usuel. C'est celui

(la tête étant divisée dans le sens de la hauteur en quatre parties) aussi s'étend-elle ordinairement du niveau de la base du nez jusqu'au niveau de l'échancrure nasale qui est un peu plus élevée que l'angle interne de

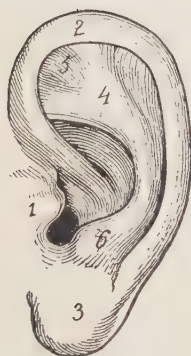


Fig. 11

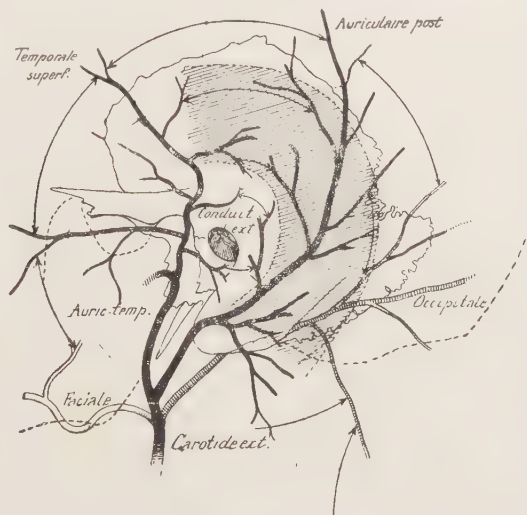


Fig. 12

l'œil. Elle a au contraire un peu moins d'une partie de tête de largeur.

Gerdy ajoute, sans préciser : « Les anciens statuaires de l'Égypte donnaient *trop* de longueur aux oreilles et les reculaient *trop* loin. Elles n'ont pas ce défaut sur les statues grecques. »

Léonard de Vinci dit : « L'oreille est égale au quart

que lui donnent les artistes. Pour l'anatomiste la longueur est prise du méat auditif au bord postérieur de l'hélix, au tubercule de Darwin, la base du pavillon étant la même dans toute la série des animaux porteurs de cet organe (Schwalbe).

du visage. L'oreille est de même longueur que le nez. De profil l'oreille tombe au milieu du cou. »

Nous ne nous arrêterons pas à toutes les estimations (v. fig. 13). Disons seulement que d'une façon générale

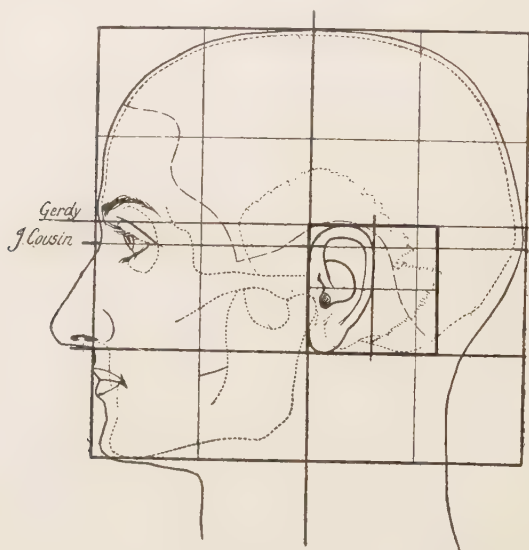


Fig. 13

les proportions indiquées par Gerdy (l'oreille plus longue que le quart de la hauteur de la tête) sont assez communes pour être adoptées. Ce canon ne s'applique qu'à l'homme blanc adulte.

Anomalies déficitaires (microtie)

Selon le siège ou la date de l'arrêt de développement embryonnaire, la microtie se présentera sous les aspects les plus variés. L'hélix peut manquer en totalité ainsi que le lobule, et la conque être réduite à une lame

aplatie. On trouve parfois un simple bourrelet vertical et de petits nodules cartilagineux sous-cutanés, ou bien le pavillon est totalement absent. Ce sont les cas les plus rares.

Ces malformations coïncident ou non avec l'absence du conduit auditif externe de la caisse et de la trompe. Plus rarement, l'agénésie frappe le labyrinthe.

Elles s'accompagnent parfois de fistules par non coalescence des bourgeons primitifs, surtout au niveau du lobule (fissure branchiale). Quelquefois, du conduit auditif externe s'échappe un pavillon rudimentaire (1) ou bien, dépourvu de fibro-cartilage, le pavillon tombe comme une oreille de porc (Mollière).

Ces anomalies n'influent pas en général sur l'audition ; elle serait diminuée seulement, dans le cas d'atrésie du conduit ou imperforation du méat.

Des interventions pratiquées pour rétablir la perméabilité du conduit ont révélé le plus souvent la présence d'une lame osseuse (Moos) de tissu cartilagineux, ou d'une substance gélatineuse (Rau).

Les cas compliqués s'accompagnent d'arrêt de développement du maxillaire inférieur ; de l'os temporal (apophyse mastoïde surtout) du maxillaire supérieur et des parties molles qui les enveloppent. Quelquefois également arrêt de développement du sterno-mastoïdien et du trapèze d'où l'attitude rappelant le torticolis, anomalies à distance telles que bec de lièvre, hémiplegie du voile du palais (Hofer, Cornet, Savy). La para-

1. HARTMANN. *Maladies de l'oreille*, 1890.

lysie faciale par suite d'agénésie pétreuse est signalée (Souques et Heller).

Comme pour les autres malformations congénitales par arrêt de développement, nous ne savons rien des conditions qui président à la constitution de la *Microtie* (1).

Quoique l'absence *totale* soit une rareté (Moure) nous pensons que l'on doit considérer comme *réfection totale* une opération qui a pour but de créer un pavillon, alors même qu'existerait, comme dans notre observation, une ébauche de lobule ou un simple soulèvement cutané à quelque niveau que ce soit.

OPÉRATION DE M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

OBSERVATION

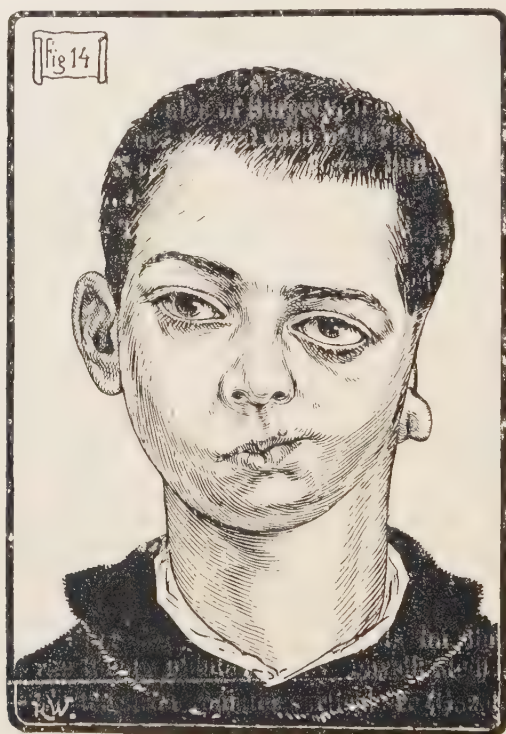
D... C.. âgé de 11 ans 1/2 entre à l'hôpital des Enfants Malades le 26 octobre 1925 pour Microtie congénitale, en vue d'une intervention autoplastique. Né à terme, présentait à sa naissance l'anomalie que nous allons décrire.

Antécédents héréditaires. — Parents sains ne présentant au dire de la mère aucune anomalie. Deux sœurs âgées de 9 et de 7 ans, bien constituées. — Rien de particulier dans les lignes collatérales — L'enfant s'est développé régulièrement. C'est un enfant du niveau intellectuel des enfants de son âge, doué d'une excellente mémoire, normalement constitué mais présentant une asymétrie faciale avec aplasie cervico-faciale gauche et une inclinaison latérale de la tête, de même côté, simulant un torticolis (fig. 14).

Il n'existe pas de conduit auditif externe et le pavillon est réduit à un appendice de consistance molle, situé en arrière et au-dessous de l'articulation temporo-maxillaire, représentant le lobule et à deux petits nodules de consistance ferme, disposés en avant et en arrière d'une dépression qui correspond à la situation de l'orifice externe du conduit auditif absent (fig. 15)., et qui, pour nous, représente le

1. L'influence héréditaire (Laloy). La consanguinité (Souques et Heller). Les accidents au cours de la grossesse, chocs, peur, émotion (Piel). La Syphilis, ont été invoqués.

siège de la membrane d'occlusion tympanique. L'aplasie de la face porte sur la charpente osseuse, maxillaire inférieur-temporal (mastoiïe). Le maxillaire inférieur par suite de l'évolution normale de la moitié droite paraît déjeté en



dehors et son plan externe regarder en haut (fig. 17). Les parties molles participent à l'aplasie, la commissure labiale gauche paraît attirée en haut et en arrière et en imposerait pour une asymétrie par paralysie faciale droite la mimique n'était conservée.

Examen buccal.— La dentition est régulière mais asymé-

trique (fig. 16) et la plupart des dents sont atteintes de carie. Le plan de mastication est très incliné de dehors en dedans et de haut en bas, mais la partie gauche du maxillaire supérieur participe peu à cette déviation, Le plan sagittal



Fig. 15

passant entre les incisives médianes et commun aux deux maxillaires est fortement dévié de haut en bas et de droite à gauche — et les lèvres ayant suivi ce mouvement d'inclinaison de l'ensemble, une ligne (fig. 20) tracée du synciput et suivant le milieu du front, la glabelle, le dos du nez, le lobule labial médian et rejoignant le milieu du maxillaire

inférieur est représentée par une droite jusqu'à la glabella et une courbe ouverte en haut et à gauche de la glabella au menton (fig. 17).

Radiographie.— Celle-ci confirme l'examen clinique. Elle permet de constater en outre que l'orbite gauche est moins grand que l'orbite droit (1), que la fosse nasale gauche

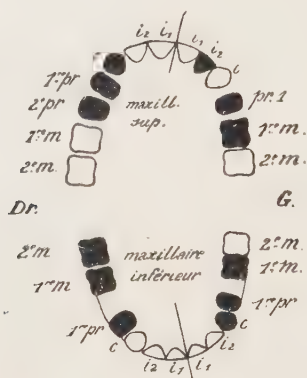


Fig. 16

est moins haute que la droite mais que les ombres des deux rochers ont sensiblement la même silhouette (fig. 17).

Régions voisines.— Les deux moitiés du crâne sont égales. La tête est inclinée vers l'épaule gauche et la face tournée vers la droite, mais le redressement volontaire est possible, sans difficulté (fig. 15). C'est seulement au repos que la mauvaise attitude se produit fig. 21.

Le sterno-mastôidien gauche ainsi que la partie supérieure du trapèze sont moins développés qu'à droite. La mauvaise attitude paraît donc relever du moindre développement du sterno-mastôidien gauche dont la véritable longueur est

1. La petitesse de l'œil a été notée par Lannois et Le Marc Hadour.

en somme celle qui correspond à l'inclinaison de la tête.
Il ne présente aucune apparence de rétraction.

Audition. — L'audition globale est satisfaisante. Cepen-

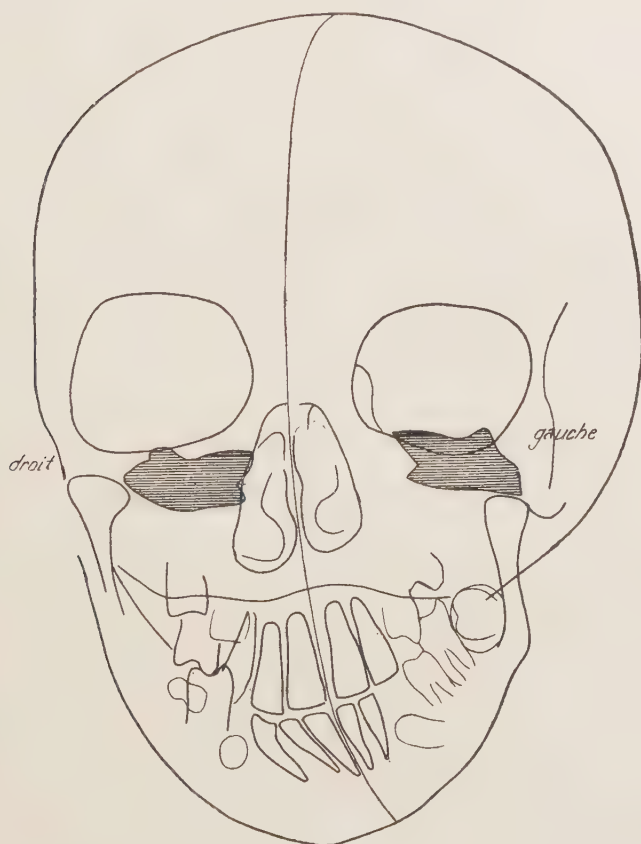


Fig. 17

dant l'examen à la montre et à la voix permet de constater une diminution de l'acuité auditive du côté gauche.

Malgré ce déficit l'enfant a un goût très marqué pour la musique et joue du violon. On n'en peut rien inférer sur

l'existence de la caisse quoique, d'après la radiographie, l'os pétreux paraisse bien développé. Or on sait l'indépendance du développement embryonnaire de l'oreille interne et de l'oreille externe.

La difformité qui résulte de cette agenésie de la région cervico-faciale avec absence de pavillon et de conduit auditif externe a incité les parents, afin, disent-ils, d'éviter à l'enfant des moqueries de ses camarades, (mais peut-être aussi pour effacer ce que peut avoir de désobligeant pour eux-mêmes le spectacle de cette « incomplétude », et éviter la curiosité importune du public,) à solliciter une intervention qui aurait pour but de créer de toutes pièces un pavillon et même de reconstituer un conduit auditif externe.

Directives opératoires

« Dans l'Art l'imitation est condition, moyen, jamais but »
(Topffer)

Or ici le seul but c'est l'imitation.

Les malformations congénitales ou acquises relèvent à la fois de l'art et de la science. L'art permettra au chirurgien de reconstituer dans sa forme et dans ses proportions un pavillon ou une partie de pavillon. Les données anatomiques serviront d'appui au chirurgien pour le tracé des lambeaux, leur réajustement aux tissus environnants ainsi qu'à l'utilisation appropriée des vestiges de saillies embryonnaires.

Matériaux plastiques inertes. — Pour modeler une oreille, le sculpteur ou le prothésiste établissent d'abord une maquette grossière avec une feuille plastique plate,

hémicyclique, à laquelle ils ajoutent un bourrelet, (silhouette générale) puis un lobule, un tragus et, avec l'ébauchoir, ils parachèvent leur œuvre en façonnant toutes les inégalités, creux et reliefs que nous avons examinés à l'anatomie des formes, mais le prothésiste analyse et le sculpteur synthétise.

Matériaux plastiques vivants. — Ne pouvant suivre la voie du prothésiste car il est autrement difficile de « figner » la substance vivante, (il faut être à la fois économe, simple, précis, éviter d'ajouter une mutilation à une difformité et surtout ne rien laisser à l'improvisation afin d'éviter les retouches) c'est à peu près la voie du sculpteur que devra suivre le chirurgien, soucieux que son intervention satisfasse à la fois à l'esthétique et à l'anatomie.

Parmi les différentes parties qui constituent le pavillon de l'oreille, il en est d'essentiellles qui dessinent la silhouette générale, et de secondaires qui n'apparaissent qu'à un examen plus détaillé.

Le plan temporel peut remplir l'office de la lame qui constitue le gabarit du pavillon ; les parties essentielles ; celles qui frappent davantage l'attention sont l'hélix, le lobule et le tragus.

Les parties accessoires, les inégalités, telles que l'anthélix, l'antitragus, sont d'une réalisation qui peut ne pas paraître, *a priori*, impossible, mais d'une difficulté qui mettrait assurément à une trop lourde épreuve les patiences conjuguées du chirurgien et du... patient.

M. le professeur Ombrédanne se propose, par des interventions successives, de créer *les parties esthétiquement*

*essentiell*es du pavillon. Le seul vestige du pavillon est un petit lambeau cutané appendu par un pédicule d'un centimètre environ, à la place supposée du lobule.

Ce petit lambeau bien isolé, bien vascularisé, peut, par dédoublement, servir à créer la partie inférieure du pavillon, c'est-à-dire *le lobule lui-même*.

A la place du tragus, c'est-à-dire en avant de la dépression correspondant au conduit auditif externe, il existe une légère élévation cutanée.

Il n'y a donc pour ainsi dire aucune étoffe pour refaire la totalité du pavillon, et il est nécessaire de s'en procurer aux dépens des tissus voisins.

Peut-on les prélever dans la région cervicale ? Ce serait créer une longue cicatrice qui, si effacée qu'elle fût, ne pourrait passer inaperçue. Elle recouvrirait en outre le sterno-cléido-mastoidien qui participe à l'aplasie de toute la région cervico-faciale gauche où s'ébauche déjà un torticolis, d'où, en cas de rétraction, exagération de cette mauvaise attitude.

D'autre part, la torsion du pédicule compromettrait plus ou moins la vitalité, et par suite le succès de l'autoplastie.

La première partie du pavillon à exécuter sera l'*hélix*. On créera un lambeau ayant la forme d'un bourrelet qui, appliqué directement, et sans déplacement, sur la région temporo-mastoidienne donnera la silhouette générale du pavillon :

1^o Le lambeau sera pris dans la région qui, théoriquement, serait occupée par l'hélix normale, il aura une forme demi-circulaire et sera enroulé suivant ses faces,

maintenu à ses deux extrémités par ses deux pédicules situés l'un au niveau de l'extrémité antérieure supposée de l'hélix, l'autre dans la région mastoïdienne, queue inférieure de l'hélix.

2° Ce lambeau tubulaire sera greffé dans toute sa longueur dans sa situation définitive.

3° On y ajoutera quelques retouches ayant pour but : la création d'éminences et de raccordements, et adaptées à l'évolution cicatricielle de la réparation.

4° Enfin, pour donner un peu de rigidité à l'hélix, on complètera l'intervention, en glissant une charpente cartilagineuse dans le lambeau tubulaire fixé. On se bornera donc à la création d'un pavillon schématique.

5° Convendra-t-il de reconstituer ensuite le conduit auditif externe, ou du moins de tenter cette reconstitution ?

a) Au point de vue esthétique, cette reconstitution ne présente aucun intérêt.

b) Au point de vue physiologique, malgré les expériences de Gellé, de Weber, de Schneider qui montrent l'utilité des surfaces courbes du pavillon et le rôle du conduit auditif externe dans la conduction des ondes sonores, ou son rôle de résonnance, « le conduit auditif externe n'est pas *indispensable* à l'audition normale » (Castex).

c) D'autre part les considérations embryologiques relatives à la formation du tympan n'invitent-elles pas à une extrême prudence, d'autant plus que l'arrêt de développement ayant précisément porté ici sur une partie

très étendue des arcs mandibulaire et hyoïdien, l'ouverture de la membrane d'occlusion qui recouvre la dépression située à l'endroit présumé du conduit auditif externe, conduirait vraisemblablement le bistouri, sur un massif soit osseux, soit cartilagineux, soit fibreux et rarement sur une caisse celle-ci étant, le plus souvent, atrésiée.

Mais nous nous appuierons surtout pour soutenir cette abstention sur l'autorité de nombreux chirurgiens.

Alexander, Page, Lewin, Ruttin, Frey, malgré quelques succès, considèrent que les difficultés opératoires, les dangers pour le nerf facial et le labyrinthe doivent limiter ces interventions aux cas d'agénésie bilatérale avec audition très diminuée (mais non abolie) et après s'être assuré de l'intégrité de la caisse et de l'os pétreux sous contrôle *radiographique*.

Parlant de l'occlusion du méat externe, Courtade (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1895), avait déjà dit que la création d'un conduit expose à de fréquentes récidives.

Ainsi, de nombreuses interventions ont été effectuées pour rétablir la perméabilité du conduit, mais la plupart des auteurs concluent à l'abstention. « Les résultats de l'intervention, dit Moure, seront toujours aléatoires, car, outre que l'on ne connaît pas exactement l'état de la caisse, le conduit artificiellement créé, a une grande tendance à s'atrésier et à reproduire, par oblitération, l'état antérieur. C'est en somme une mauvaise opération que nous ne conseillons pas... »

Les limites de l'intervention étant ainsi posées, le mode opératoire suivant a été appliqué :

OPÉRATION

PREMIÈRE INTERVENTION. — La veille du jour choisi pour l'opération, un morceau de toile a été découpé, ayant la forme et la dimension du lambeau cutané que l'on se propose de libérer. Ce patron est stérilisé. On l'appliquera sur la région temporo pariétale, préalablement rasée et iodée, avant l'opération — Il servira de guide au tracé des incisions — L'opération est pratiquée le 3 novembre 1925 par M. le professeur Ombrédanne assisté de M. Huc, chef de Clinique à la Faculté (Anesthésie à l'éther.)

1^o Deux incisions, suivant les contours demi-circulaires du patron sont tracées, concaves en bas en en avant (fig. 18).

2^o Le lambeau cutané est libéré de l'aponevrose épicro-nienne où il ne reste fixé que par les deux pédicules, supérieur A et inférieur B (2).

3^o Il est enroulé sur lui-même et ses deux bords sont suturés par un sujet au fil de lin ce qui le transforme en un lambeau tubulaire (fig. 19).

4^o Au-dessous, il reste une surface cruentée qu'il est impossible de recouvrir entièrement mais dont, par glissement et tractions à l'aide de crins, on arrive à restreindre l'étendue.

5^o Après avoir glissé sous le lambeau tubulaire, et afin de l'isoler, une compresse de gaze, on applique un pansement akoclisé pour en favoriser la nutrition.

Suites opératoires. — Normales. La nutrition du lambeau

tubulaire se fait parfaitement et la cicatrisation de la région cruentée se fait rapidement (fig. 20 et 21). }

DEUXIÈME INTERVENTION. — 10 décembre 1925.



Fig. 18

Elle a pour but de greffer le lambeau tubulaire à la région temporale dans sa situation définitive pour constituer l'hélix du pavillon autoplastique.

Anesthésie à l'éther.

1 Excision d'une bande de 1 centimètre environ de largeur sur la cicatrice temporale, ayant la forme du contour

du pavillon, afin d'obtenir une surface cruentée bien vascularisée (fig. 22).

2^o Incision longitudinale de la face postéro-interne du lambeau tubulaire et rejoignant en haut et en bas la surface cruentée temporale (fig. 23).

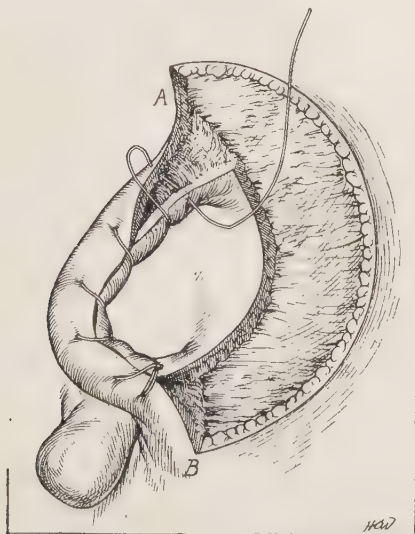


Fig. 19

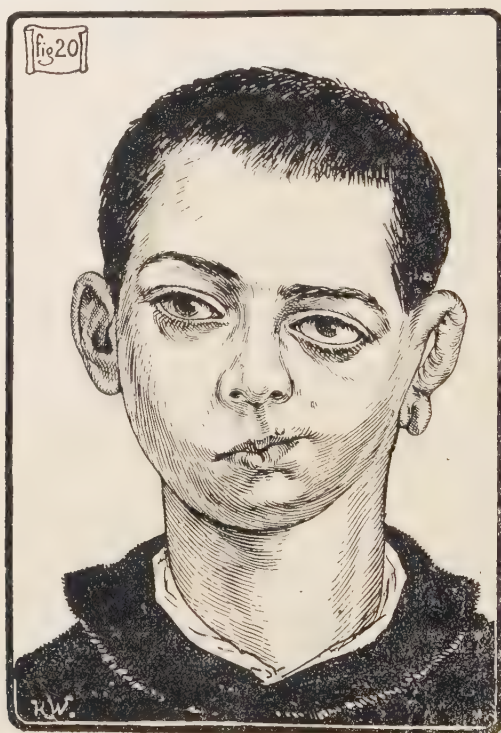
3^o Suture aux crins fins des lèvres antérieure et postérieure de l'incision du lambeau aux lèvres correspondantes de la plaie cruentée ; les points très rapprochés les uns des autres (fig. 24-25-26).

4^o Pansement au sérum physiologique pour favoriser la nutrition des tissus.

Suites opératoires. — Normales, cicatrisation rapide (fig. 27). Les crins sont enlevés le dixième jour. Le bourrelet s'est légèrement affaissé en raison des rétractions cicatricielles

de la surface d'emprunt à laquelle il est partiellement fixé.

TROISIÈME INTERVENTION (7 janvier 1926). — Elle a pour but :



1° De créer en avant de la dépression du conduit auditif externe un petit lobule qui sera le tragus.

2° De rattacher le pédicule inférieur de l'hélix au lobule.

3° D'abaisser la racine supérieure de l'hélix pour simuler l'enroulement normal.

1° *Création du tragus* (fig. 28). — par enjambement — la pointe C' de l'incision A B C D vient se placer en A au ni-

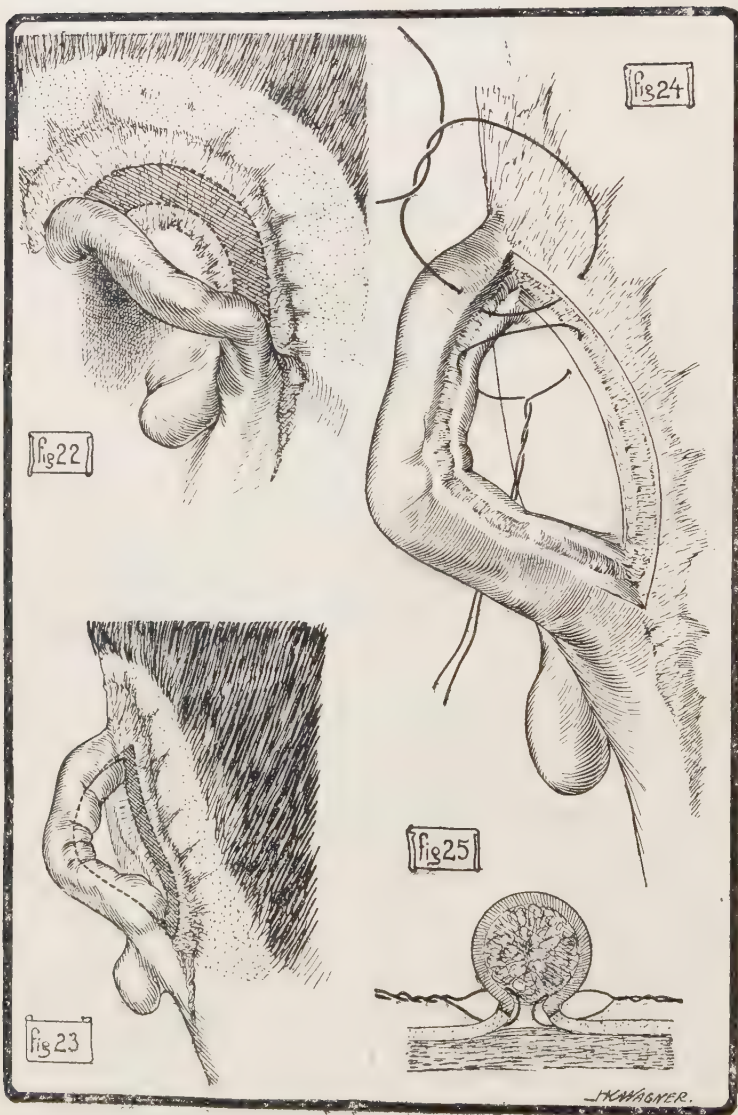
veau d'une petite éminence qu'elle va souligner, la pointe B' vient en D et les sutures réunissent :

$$\frac{BA}{BC'} \quad \frac{AB'}{C'D} \quad \frac{B'C}{CD}$$



2° Réunion du pédicule inférieur au lobule. Le pédicule inférieur est libéré partiellement par une incision horizontale *ab* dirigée vers le lobule. Celui-ci, relevé, est incisé sur son bord postérieur (fig. 29) suivant *c b* ce qui permet de le dédoubler — on prolonge ensuite *c b* jusqu'en *d*. (fig. 30).

L'angle X de la languette *a b d* est amené par glissement jusqu'à l'extrémité *c* du dédoublement lobulaire où il est



fixé, par des crins fins. Les lèvres des incisions sont ensuite suturées bord à bord (fig. 31).

3^e Abaissement du pédicule supérieur. On trace une incision en Z renversé, l'angle supérieur étant orienté en avant (fig. 32). Les branches supérieure et moyenne circonscrivent la racine du pédicule qui est libérée par glissement et amenée entre la branche moyenne et la branche



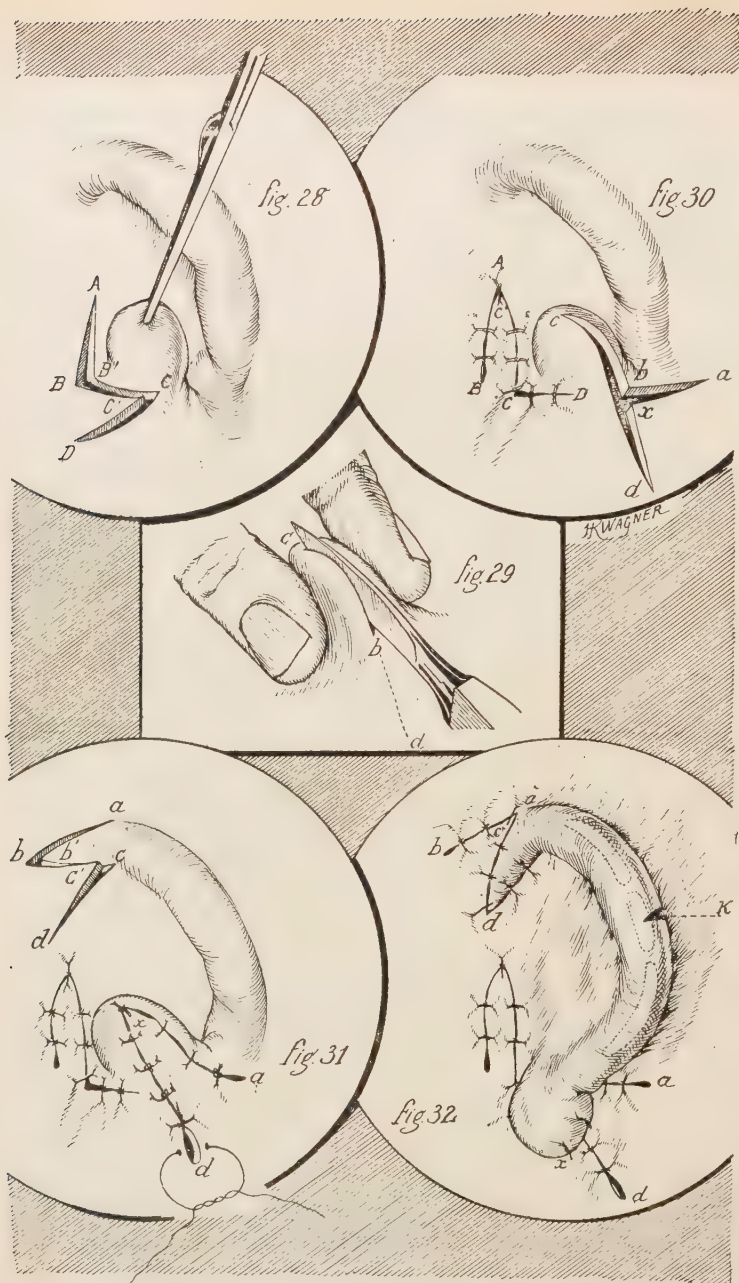
inférieure du Z et tandis que la languette *c'* vient se placer en *a* la languette *b'* vient se placer en *d* (enjambement).

Chacun de ces becs est fixé à sa place définitive par un crin fin ainsi que les bords des lambeaux entre eux (fig. 32).

Pansement alcoolisé.

Suites opératoires. — Normales. Les crins sont enlevés le sixième jour.

QUATRIÈME INTERVENTION (le 11 février 1926). Sans anesthésie en raison de l'insensibilité du lambeau. Elle a pour but de donner au bourrelet qui constitue l'hélix, une rigidité qui s'opposera à son affaissement :



Sur la fig. 30 : lire C au lieu de D et inversement
comparer à la fig. 28.

A l'occasion d'une intervention chez un autre malade du même âge (création d'une charpente cartilagineuse du nez avec un greffon costal) le professeur Ombredanne emploie des parcelles de ce greffon pour les greffer sur notre opéré, comme il suit :

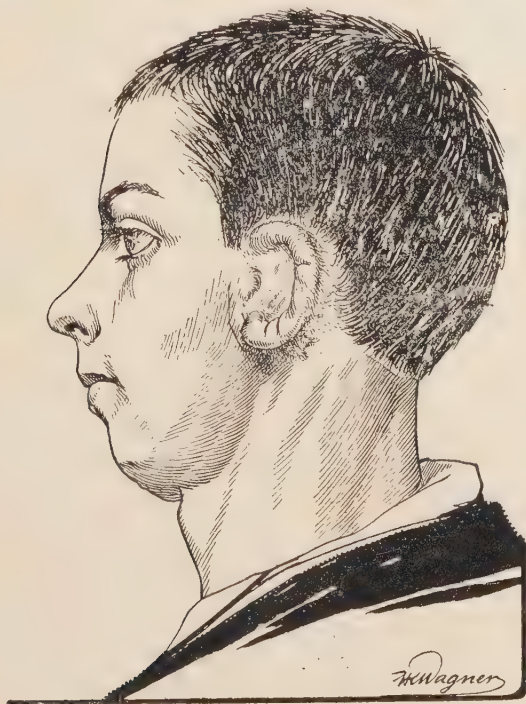


Fig. 33

a) Incision sur le bord postérieur de l'hélix autoplastique, (fig. 32 k) d'une longueur de 1 centimètre environ. Tunellisation de l'hélix dans toute sa hauteur, à la sonde cannelée et

b) Mise en place de trois greffons échelonnés de haut en bas

dans le bourrelet hélicoïdal. Un point de suture au crin fin. Pansement alcoolisé.

Suites opératoires.— Normales. Le crin est enlevé quelques jours plus tard.

Examen de l'opéré le 3 mars, trois semaines après la dernière intervention soit quatre mois après la première.

La cicatrice de la zone de prélèvement est en partie enfouie sous les cheveux qui ont repoussé.

L'hélix se présente sous la forme d'un gros bourrelet plissé transversalement et qui répond assez bien à un bord schématique du pavillon, mais beaucoup plus épais qu'un hélix normal. Il se continue sans démarcation avec le lobule, le greffon cartilagineux lui confère une certaine rigidité. En avant, sans tendance à l'affaissement, se trouve le petit tragus créé au cours de la troisième intervention (fig. 33).

Le versant antérieur de l'hélix est plissé et ourlé en dedans tandis que le versant postérieur se continue en pente douce, à la partie supérieure, avec la région temporale.

L'enfant quitte l'hôpital enchanté de sa « nouvelle oreille »

CONCLUSIONS

Parmi les procédés de réfection du pavillon, nous ne nous proposons d'étudier ici que les procédés d'otoplastie totale et la prothèse.

1^o PROCÉDÉ DE SZYMANOWSKI (fig. 6 et 7). — L'ampleur du lambeau, la possibilité de se le procurer dans la région temporo-occipitale, en feraient un procédé intéressant, s'il était possible de consolider ce « chiffon » d'oreille avec une charpente cartilagineuse, et d'y ajouter une sorte de bourrelet analogue à celui que M. le professeur Ombrédanne a créé aux dépens des tissus rétro-auriculaires.

L'observation de M. le Dr Guisez nous apprend que le lambeau se rétracte, s'atrophie, qu'il en résulte une cicatrice étendue, et, enfin, la nécessité de recourir à un appareil de prothèse.

L'opéré n'en tire aucun bénéfice.

2^o PROCÉDÉ DE VAN DIJK (fig. 8, 9, 10). — Les photographies que nous avons reproduites montrent un réel progrès sur la méthode précédente. Le résultat, paraît-il, a satisfait le blessé. C'est presque l'essentiel, mais nous faisons des réserves sur la longue cicatrice de prélèvement, dans la région du muscle sterno-cléido-mastoidien,

et dont la rétraction ne pourrait être négligeable, surtout si elle s'ajoutait au « torticolis » par agénésie comme dans notre observation. D'autre part la succession des « bonds » nécessaires à l'accomplissement de la réfection exige un grand nombre d'interventions qui, jointes aux torsions des pédicules, ne peuvent que compromettre le succès opératoire. C'est cependant une technique séduisante, pour le cas où les tissus de la région auriculaire en conviendraient pas à un prélèvement autoplastique (brûlures, plaies étendues, cicatrices).

3^o PROTHÈSE (fig. 1). — *Ses avantages.* Elle permet de créer un pavillon de forme irréprochable.

Ce résultat est obtenu soit par modelage, soit, ce qui vaut mieux, en moulant l'oreille de même nom et de caractères appropriées, d'un sujet normal.

Ce second procédé est à la fois le plus simple et le plus esthétique en cas d'absence bilatérale.

Ses inconvénients. — A la difficulté d'obtenir une « carnation » identique à celle des téguments voisins, il faut ajouter les désagréments et la préoccupation occasionnés par la pose quotidienne ou hebdomadaire de l'appareil, l'imperfection de la fixation, l'irritation produite par les moyens de contention, ressorts, tiges, agglutinatifs, la maladresse dans la mise en place et ses effets ridicules.

Il en résulte que la prothèse esthétique auriculaire convient surtout à l'homme ou à la femme de situation sociale élevée, à l'oisif qui peut consacrer de longues heures de toilette à mettre en place son « oreille », à

assortir par un savant maquillage les teintes de sa figure à celles de son postiche.

— Son emploi se trouve ainsi très limité.

Indications de la prothèse. — Elle convient surtout dans les cas de vastes délabrements par brûlures, plaies de guerre, larges interventions chirurgicales.

4^o OPÉRATION DE M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE.

— a) Par le tracé du lambeau et ses connexions avec les vaisseaux sous-jacents elle en assure la parfaite nutrition (fig. 12 et 18).

b) En évitant la torsion des pédicules destinés à demeurer à leur point d'attache originelle, elle répond à l'une des meilleures conditions de l'autoplastie.

c) Par l'inclusion d'une charpente cartilagineuse dans l'hélix autoplastique, elle en assure la rigidité et la constance de forme (fig. 32).

En outre, afin d'en éviter l'affaissement, il convient de réduire au minimum la surface d'implantation (fig. 24) et de réduire par des glissements étendus, la surface d'emprunt dont la cicatrice plus ou moins rétractile, entraîne fatalement avec elle le bord du bourrelet qui lui est suturé.

d) Pour satisfaire au mieux à l'esthétique, le lambeau doit être exécuté d'après un patron étudié à l'avance, afin de ne recourir à aucun moment à l'improvisation.

Taillé à la place même qu'il occupera définitivement, lorsqu'il sera devenu tubulaire, le lambeau peut ainsi être tracé dans la forme et les proportions les plus rapprochées de celles d'un pavillon normal, ce qui réduit

au minimum les retouches finales de la silhouette.

e) Les cicatrices sont à peine visibles, le lambeau tubulaire, masquant lui-même, après fixation, une partie de la surface d'emprunt cicatrisée (fig. 26), et celle-ci se trouvant en outre dissimulée sous les cheveux de la région.

f) La pousse des cheveux de la partie antéro-supérieure de l'hélix qui a été empruntée au cuir chevelu, est aisément combattue par l'emploi de pâtes et de procédés épilatoires divers. Elle est masquée en outre par les cheveux de la région temporale.

g) Exigeant l'intégrité des tissus environnants, l'opération de M. le professeur Ombrédanne aura pour terrain de prédilection la microtie congénitale, car elle permet de trouver dans la région auriculaire même, tous les éléments nécessaires à la confection de l'hélix, du lobule et du tragus.

ASSOCIATION POSSIBLE DE L'AUTOPLASTIE ET DE LA PROTHÈSE

La technique de M. le professeur Ombrédanne, évite l'emploi assujettissant des appareils de prothèse, mais ne l'exclut pas ; l'hélix artificielle et son lobule pouvant, le cas échéant, servir de point d'appui à un appareil amovible qui, moulé sur les soulèvements autoplastiques, retrouverait à coup sûr sa place à chaque application.

Indications de l'otoplastie. — Il n'y a aucune amélioration à attendre au point de vue physiologique de la réfection du pavillon et il n'y a qu'une indication. Elle consiste à accorder une satisfaction esthétique, et surtout morale, au mutilé, en lui donnant l'illusion que, n'étant plus l'objet d'une curiosité obsédante, il a retrouvé sa symétrie faciale, et qu'il est devenu semblable aux individus normaux.

C'est pourquoi, il nous semble qu'il faut accéder en général au désir de réfection exprimé par les mutilés de l'oreille.

Par sa simplicité méthodique, l'opération de M. le professeur Ombrédanne est le procédé de choix.

Résultats. — La rareté des observations, la difficulté de suivre les opérés ne permettent pas d'établir des règles pronostiques lointaines ; aussi devons-nous nous limiter à l'examen des résultats immédiats.

Conclusion générale. — Le résultat esthétique de l'otoplastie est-il satisfaisant? (fig. 33).

Certainement non, mais le relief ainsi créé, masqué par une mèche de cheveux, peut être un auxiliaire utile d'illusion, et pour beaucoup l'illusion c'est la vie. « C'est le trésor de ceux que trahit la fortune », a dit le poète. Et puis, qu'importe que l'illusion n'existe pas pour les témoins de cette disgrâce, si elle existe pour le mutilé! Il y peut retrouver dans certains cas son équilibre moral compromis par la neurasthénie.

Aussi, croyons-nous qu'il ne faut plus clore le chapitre des otoplasties esthétiques par un « non possumus »

prohibitif, et barrer ainsi l'horizon des malheureux que la nature a si maladroitement disgraciés.

Il est tout aussi vain en effet, d'assigner un terme à la science autoplastique, que d'assigner une formule définitive à la création artistique (1).

Les principes posés par l'opération d'otoplastie totale de M. le professeur Ombrédanne répondent aux desiderata anatomiques, esthétiques et moraux de l'absence du pavillon. M. le professeur Ombrédanne lui-même, ne veut considérer les résultats obtenus jusqu'ici, que comme des étapes intéressantes dans une voie qu'il serait injuste d'abandonner puisqu'elle apparaît comme grandement perfectible dans ses détails d'exécution.

1. Tous deux se rapprochent par un moyen commun qui est l'imitation, mais où l'art du chirurgien autoplaste et l'art de l'artiste s'écartent l'un de l'autre, c'est que le premier vise au « trompe l'oeil » et que le second s'en garde comme d'un signe de médiocrité.

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu : Le Président de la thèse
OMBREDANNE

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER. — Soc. autr. d'Otologie, mars 1911.
- APERT. — Soc. médicale des Hôpitaux, janvier 1903.
- BERANGER FERRAND. — *Gazette des Hôpitaux*, 1870.
- BEULLAND. — *Gazette médicale de Paris*, 13 sept. 1890.
- BOURGIER-JACOB. — *Traité d'anatomie*, 1840.
- CASTEX. — *Maladies du larynx du nez et des oreilles*, 1907.
- CASTEX. — *Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet.
- COCHERIL. — *De la restauration du pavillon de l'oreille*.
Thèse de Paris, 1894.
- COMBY. — Société médicale des Hôpitaux, juillet 1901.
- CUYER. — *Anatomie artistique*.
- DELBET (PAUL). — Vice de conformation guéri par transplantation du muscle temporal (*Bulletin soc. int.* Paris, 1905).
- DENONVILLIERS. — *Compendium de chirurgie pratique*.
- DIEFFENBACH. — *Expériences chirurgicales spécialement en ce qui concerne les parties détruites du corps humain*, 1829, 1834.
- DUVAL. — *Anatomie artistique*.
- FILLIATRE. — *Archives générales de Médecine*, 1834, T. V. p. 300.
- GEGENBAUR. — *Anatomie comparée*.
- GRADENIGO. — *Pathologie et thérapeutique de l'oreille*.
- GELLÉ. — *Précis des maladies de l'oreille*, 1885.
- GERDY. — *Anatomie des formes extérieures du corps humain*, 1829.
- GUYONNET. — *Thèse de Bordeaux*, 1894.

- GUISEZ. — Séquelles otorhinolaryngologiques de guerre, 1921.
- HARTMANN. — Maladies de l'oreille, 1890.
- HERTWIG. — Traité d'embryologie.
- HUXLEY. — Anatomie comparée.
- JOUFFROY. — Cours d'esthétique, 1863.
- LADREIT DE LA CHARRIÈRE. — (*Dict. Dechambre art. oreille*, p. 166).
- LANNOIS ET LE MARC HADOUR. — Malformations congénitales de l'oreille externe (*Revue d'orthopédie*, 1903).
- LANNOIS. — *Précis des maladies de l'oreille*.
- LANNOIS ET LE MARC HADOUR. — Société médicale des Hôpitaux, février 1903.
- LÉONARD DE VINCI. — *Traité de Peinture* (Peladan), 2^e éd.
- MAGUIN. — Réunion d'une oreille entièrement séparée du corps (*Bulletin Faculté de médecine*, VI. 507 1819, *Bulletin Société anatomique*, 1830, V. 8).
- MALHERBE. — Redressement cosmétique du pavillon. *Bulletin otorhinolaryng.*, 1905, p. 132
- MARFAN ET DELILLE. — Société médicale des Hôpitaux, juillet 1901.
- MONOD-JEAN. — Restauration prothétique de l'oreille *Revue de Stomatologie*, Paris, 1914, n° 7, 394-397.
- MOLLIÈRE. — *Lyon Médical*, mars 1888.
- MORESTIN. — Malformations du pavillon. *Bulletin et mémoires de la Société anatomique*.
- MAILLARD. — Thèse de Paris, 1900.
- MOURE. — Technique chirurgicale-otorhinolaryng.
- MOURE (P.). — *Journal de Médecine*, mars 1926.
- OMBRÉDANNE. — Chirurgie réparatrice et orthopédique, 1920.
- PIEL. — Malformations congénitales et interprétation embryol. Th. de Paris, 1904.
- PIDERIT. — Physiognomonie.
- PONT. — La Restauration maxillo-faciale. *Revue Pratique de Chirurgie et prothèse spéciales*, n° 11, nov. 1918.

- PONT. — Rinoplastie et prothèse nasale, *Lyon médical*, nov. 1917.
- POIRIER. — Anatomie.
- RANDALL. — Archives d'otologie, New-York, 1892.
- RICHEL. — Anatomie médico-chirurgicale, 1873.
- ROUX (J.). — Chirurgie réparatrice, 1854.
- SOUQUES ET HELLER. — Société médicale des Hôpitaux, janvier 1903.
- SAILLY. — Contrib. à l'Etude des malformations congénitales de l'oreille avec agénésie du rocher. Thèse Paris, 1926.
- VAN DIJK. — Sur l'application de lambeaux tubulaires à la réfection du pavillon de l'oreille. *Nederlandsch-Tijdschrift voor geneskunde*, an LXIX, n° 8, 21 févr. 1925, p. 895-900 (*in Journal de Chirurgie*, sept. 1925).
- TOPFFER. — Menus propos d'un peintre genevois.
- TRIQUET. — Maladies de l'oreille.
- VARIOT. — *Journal de chirurgie et thérapeutique infant.* Paris, 1894.
- TESTUT. — Anatomie.

